



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 35

Leveringsfrist: 8. mars 2012 kl. 1400

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Antall ord: 7 581

VEILEDNING, KOMMUNIKASJON OG MESTRING VED NYOPPDAGET DIABETES 2



Bilde hentet fra: http://www.helse-mr.no/HelseSunnMore/Avdelingar/L%c3%a6rings-%20og%20meistringssenteret/_DSC0121redig2_1.jpg

Bacheloroppgave i sjukepleie

Stord 2012

Kull 2009

SAMMENDRAG

Tittel: Veiledning, kommunikasjon og mestring ved nyoppdaget diabetes 2

Bakgrunn for valg av tema: Diabetes type 2 er et økende problem, og omveltningene for personer som blir diagnostisert med sykdommen er store. Det er derfor viktig for sykepleier å ha nok og god kunnskap om rett behandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier på sykehus gjennom veiledning og kommunikasjon bidra til at personer med nyoppdaget diabetes 2 kan mestre omstillingene sykdommen fører med seg?

Oppgavens hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan veiledning og kommunikasjon er viktig for pasientenes mestring av sykdommen.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. 4 studier ble inkludert i oppgaven, ingen av dem var eldre enn fra 2007. Artikkene er funnet i databaser som SveMed+ og CINAHL. Sentrale søkeord var type 2 diabetes, mestring, kommunikasjon og nydiagnostisert.

Resultater: Resultatene viser at de fleste som blir diagnostisert med diabetes type 2 sliter med å takle de omstillingene sykdommen fører med seg. Kontakt med sykepleier, både individuelt og i grupper sammen andre, er derfor viktig for å oppleve mestring.

Oppsummering: I henhold til forskningen, viser konklusjonen at god veiledning og kommunikasjon er viktig for pasientens handlingskompetanse til å endre livsstil, oppnå mestring og behandle sin egen sykdom. I et dialogisk forhold mellom sykepleier og pasient, basert på likeverdighet og deling av ressurser, ligger gode forutsetninger for behandling, omstilling og livsstilsendring.

SUMMARY

Title: Instruction, communication and coping of newly diagnosed diabetes 2

Background for choice of topic: Diabetes type 2 constitutes an increasing societal challenge, with major implications for the newly diagnosed persons. It is therefore important that nurses possess sufficient and good knowledge about correct treatment.

Topical approach: How can nurses in hospitals, through instruction and communication, contribute to coping and readjustments for persons with newly diagnosed diabetes 2?

The purpose of the thesis: The purpose of this thesis is to illuminate how instruction and communication is important in terms of patient's coping with the disease.

Method: This thesis is a literature study. 4 studies were included in the thesis, none of them older than from 2007. The articles were found in databases such as SveMed+ and CINAHL. Important search words were type 2 diabetes, coping, communication and newly diagnosed.

Results: The results show that the majority of those diagnosed with diabetes type 2 struggle to cope with readjustments caused by the disease. Contact with nurses, both individually and collectively, is considered important to achieve coping.

Conclusion: In accordance with the research, the conclusion shows that good instruction and communication is important to the patient's competence to act in terms of lifestyle changes, coping and self-management of the disease. Good presuppositions for treatment, readjustments and lifestyle changes are to be found in a dialogical relationship between the nurse and the patient, based on equality and sharing of resources.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Valg, avgrensing og presisering av problemstilling	2
1.4	Mål med bacheloroppgaven.....	2
1.5	Oppgavens disposisjon	2
2	TEORI	3
2.1	Benner og Wrubels sykepleieteori.....	3
2.2	Mestring	4
2.3	Kronisk sykdom.....	5
2.4	Diabetes	6
2.4.1	Senkomplikasjoner	6
2.4.2	Livsstilsendringer	8
2.5	Sykepleie til personer med diabetes type 2.....	8
3	METODE	10
3.1	Definisjon av metode	10
3.2	Litteraturstudie som metode	10
3.3	Fremgangsmåte/søkeprosessen.....	11
3.4	Kildekritikk.....	13
3.5	Etikk i oppgaveskriving	13
4	RESULTAT/FUNN	15
5	DRØFTING.....	19
5.1	Personlig inngang	19
5.2	Pasientperspektiver på veiledning, kommunikasjon og mestring.....	19
5.3	Sykepleierperspektiver på veiledning og kommunikasjon	21

6	KONKLUSJON	25
	REFERANSELISTE	26
	VEDLEGG 1 – SØKETABELL	29
	VEDLEGG 2 – RESULTATTABELL	32

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I alle mine praksisperioder, både på sykehus, sykehjem og i psykiatrien, har jeg møtt en eller flere personer med diabetes. Også i andre omsorgsinstitusjoner og i privatlivet møter man mennesker med denne sykdommen. I følge Helsedirektoratet (2009) regner en med at 5 - 6 % av den voksne befolkningen i Norge har diabetes, og at forekomsten er økende (Mosand & Stubberud, 2010). I følge Diabetesforbundet (2011) har omlag 375 000 mennesker i Norge sykdommen, hvorav ca. 25 000 har diabetes type 1. Rundt 350 000 mennesker har type 2 diabetes, men bare rundt halvparten vet at de har sykdommen. Utviklingen er ofte langsom, og det kan derfor ta lang tid før riktig diagnose stilles. Antall personer med diabetes type 2 er firedoblet de siste 50 årene.

Diabetes er en kronisk sykdom som griper inn i dagliglivet både til den det gjelder, familie og venner. Sykdommen setter nye betingelser for livsutfoldelsen på en rekke områder, og helsepersonell blir en del av den kronisk sykes tilværelse (Gjengedal & Hanestad, 2007). Type 2 diabetes ble tidligere kalt aldersdiabetes, men er nå blitt en form for diabetes man får som et resultat av inaktivitet, dårlig kosthold og overvekt. Som sykepleier møter du disse pasientene alle steder du jobber, og det er derfor viktig å ha god kunnskap om temaet. Jeg vil i oppgaven fokusere på hvordan personer med nyoppdaget diabetes type 2 vil mestre og håndtere dagliglivet med sykdommen sin, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at de kan leve et så godt liv som mulig.

1.2 Problemstilling

Jeg vil formulere oppgavens problemstilling slik:

Hvordan kan sykepleier på sykehus, gjennom veiledning og kommunikasjon, bidra til at personer med nyoppdaget diabetes 2 kan mestre omstillingene som sykdommen fører med seg?

1.3 Valg, avgrensing og presisering av problemstilling

Hovedårsaken til valget mitt er at jeg som sykepleier vil treffe mange pasienter av denne typen i min jobb. På grunn av nyoppdaget diabetes 2 i nær familie fant jeg ut at jeg ville fokusere på mestring av omstillingene sykdommen fører med seg. Det er krevende å leve med diabetes, så veiledning, hjelp og støtte er en viktig faktor for livskvaliteten. Type 2 diabetes opptrer helst hos personer over 30 år, og forekomsten øker sterkt med alderen (Allgot, 2002). Det er i alle aldersgrupper viktig å få veiledning og støtte i forbindelse med sin nyoppdagete diabetes 2. I denne oppgaven vil jeg likevel avgrense og forholde meg til aldersgruppen 30 – 60 år, med andre ord pasienter innenfor yrkesaktiv alder. I tillegg avgrenses oppgaven til sykepleie gitt på sykehus, da pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 ofte blir henvist til diabetesteam på sykehus.

1.4 Mål med bacheloroppgaven

Målet mitt med denne bacheloroppgaven er å tilegne meg kunnskap om hvordan personer med nydiagnostisert diabetes 2 kan få en best mulig start på behandlingen, og hvordan jeg som sykepleier kan gi dem best mulig informasjon og støtte for å mestre livet med en kronisk sykdom. Jeg ønsker også å skrive en informativ og nyttig oppgave som kan være til hjelp for andre.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av en innledningsdel, teoridel, metodedel, funn og drøftingsdel. I kapittel 1 presenterer jeg problemstillingen min, og litt om bakgrunn for valg av akkurat dette problemet. Kapittel 2 er en framstilling av oppgavens teoretiske analyseapparat. I metode-kapitlet forklarer jeg valg av studie, og hvordan jeg kom fram til relevante artikler til bruk i drøftingsdelen. Kapittel 4 inneholder et kort sammendrag av hver artikkel, og i kapittel 5 blir studier og teori drøftet opp mot hverandre for å gi et svar på problemstillingen. Kapittel 6 er en oppsummering og konklusjon av oppgaven.

2 TEORI

2.1 Benner og Wrubels sykepleieteori

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke Benner & Wrubel sin omsorgsteori. Denne er tett knyttet opp mot mestring, som utgjør et viktig tema for oppgaven. I 1989 publiserte Benner & Wrubel boka "The Primacy of Caring", fordi de mente det var behov for en teori som ble basert på virkelig sykepleieekspertise, og ikke på en tenkt og ideell sykepleie (Kristoffersen, 2005).

Because caring sets up what matters to a person, it also sets up what counts as stressful, and what options are available for coping. This is the first way in which caring is primary. (Benner & Wrubel, 1989, s. 1).

Benner & Wrubels omsorgsbegrep favner videre enn det vi kanskje tradisjonelt har brukt (Kristoffersen, 2005). Omsorg blir en måte å skille mellom det som er viktig og mindre viktig for en: Det er noe man gir til noen som man bryr seg om. Omsorg beskrives videre som utadrettet, og at mennesket gjennom omsorg retter oppmerksomheten mot noe annet enn seg selv. Omsorg kan også være krevende. Og utsette oss for påkjenninger, eller stress.

Ifølge Benner & Wrubel finnes fire sentrale trekk ved det å være menneske:

- Kroppslig intelligens ("embodied intelligence")
- Bakgrunnsforståelse ("background meaning")
- Spesielle anliggender ("concern")
- Det å være plassert i en situasjon/kontekst ("the situation") (Kirkevold, 1992).

Disse fire begrepene reflekterer den fundamentale sammenhengen som eksisterer mellom en person og hans eller hennes kontekst.

Med kroppslig intelligens mener Benner & Wrubel kunnskap som ligger på et ubevisst plan. Man oppfatter en situasjon uten å reflektere over den, og handler hensiktsmessig uten at man tenker gjennom det bevisst. Dette er en form for kunnskap som mennesket er født med. Et eksempel kan

være når en kronisk syk person har utviklet spesielle ferdigheter med å mestre sin situasjon. Man tilegner seg ny kroppslig kunnskap i situasjoner som er nye og ukjente. Bakgrunnsforståelse refererer til den forståelsen et menneske får direkte ved å vokse opp i en bestemt kultur. Den ligger nedfelt i språket og i andre kulturformidlende medier, og har en avgjørende innflytelse på hvordan vedkommende forstår verden. Spesielle anliggender er et vesentlig aspekt ved det å være menneske, og har den betydning at et menneske er involvert i noe, interessert i det, bryr seg om det og er opptatt av det. Det forklarer hvorfor et menneske er involvert i verden, og favner om konkrete forhold eller personer som den enkeltes omsorg er knyttet til (Kirkevold, 1992). De spesielle anliggendene bestemmer et menneskes handlinger og karakteriseres som det som betyr noe og har verdi for vedkommende. Om en person blir syk kan personer oppleve stress i forskjellig grad, avhengig av i hvilken grad de spesielle anliggender er truet (Kristoffersen, 2005). Det siste begrepet viser til at et menneske alltid er i "en situasjon". På grunn av kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggende forstår et menneske en situasjon ut i fra hva den betyr for en selv: Situasjonene er en del av mennesket, og mennesket en del av situasjonene.

Sykepleien retter seg mot stresset som oppstår når folk opplever svikt i helse, tap og sykdom. Sykepleie behøves når det oppstår en forandring i et menneskes situasjon som det ikke er i stand til å fungere uhemmet i: "This breakdown in smooth functioning is what we mean by stress" (Benner & Wrubel, 1989, s. 50). Hos Benner & Wrubel er stressbegrepet tett knyttet til behovet for sykepleie, og videre at opplevelsen av stress er individuell. Dette innebærer blant annet at sykepleieren må se pasienten på en helhetlig måte og tar utgangspunkt i hans eller hennes opplevelse av "situasjonen" (Kristoffersen, 2005).

2.2 Mestring

Når mennesker utsettes for påkjenninger og stress, som ved nydiagnostisering av diabetes, oppstår et behov for å håndtere eller mestre den nye situasjonen (Næss & Eriksen, 2006). Flere ting som tidligere har blitt tatt for gitt, kan ikke lenger fortsette. Stress kan være en følge av smerte, tap og utfordringer. Det er nettopp hvordan individet håndterer dette stresset som kalles mestring (Musaeus, 2001). Hos Benner & Wrubel utlegges dette slik: "Stress is the experience of

the disruption of meanings, understanding, and smooth functioning. Coping is what one does about that disruption” (Benner og Wrubel, 1989, s. 62). De hevder videre at man ikke kan stille opp objektive kriterier som mål for god eller dårlig mestring, men at enkeltmenneskets mestring skal bedømmes utifra egen forståelse, vurdering og mulighet. Mestring er videre begrenset av de meninger og problemstillinger som eksisterer i det som en person opplever som stressende, og ”kan aldri være et fritt valg fra en liste av effektive og ineffektive mestringsstrategier” (Kirkevold, 1992, s. 161).

Denne forståelsen av helsebegrepet gjør at sykepleierens overordnede mål må være å hjelpe den enkelte å leve ut, eller å leve i overenstemmelse med, sine spesielle anliggender når det oppstår sykdom, tap og lidelse. Benner & Wrubel er ikke først og fremst opptatt av det som kjennetegner personer som har behov for sykepleie, men derimot pasientens egen opplevelse av helsesvikt, sykdom og tap (Kristoffersen, 2005).

2.3 Kronisk sykdom

Det å ha en kronisk sykdom innebærer at du har en sykdom som varer livet ut. Undersøkelser tyder på at det rammer en tredjedel av befolkningen til enhver tid, og at det er det mest alvorlige helseproblemet i vår tid. Det er store individuelle forskjeller når det gjelder mestring og tilpasning for den kronisk syke, og det er viktig at helsearbeidere gir hjelp og støtte til å foreta nødvendige forandringer både til den syke og til familien. Det er også viktig å bidra til at den kronisk syke opplever størst mulig kontroll og mestringsfølelse både over sin egen livssituasjon og over behandlingen av selve sykdommen (Kristoffersen, 2005).

En fullt ut dekkende definisjon på kronisk sykdom har vist seg å være vanskelig, da det finnes store variasjoner i forståelsen av begrepet. Men sykepleierne Mary Curtin og Ilene Lubkin definerte i 1998 kronisk sykdom slik:

Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg,

egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 13)

Denne definisjonen forsøker å favne hele mennesket i samspill med omgivelsene, samtidig som den gir rom for å diskutere hvilken rolle helsevesenet bør ha overfor personer med kronisk sykdom (Gjengedal & Hanestad, 2007).

2.4 Diabetes

Diabetes mellitus er en kronisk sykdom og vår vanligste stoffskiftesykdom. Sykdommen kan deles inn i ulike typer, men felles for alle er at det er forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet på grunn av mangel på hormonet insulin og/eller nedsatt insulinvirkning. De ulike gruppene er type 1-diabetes, type 2-diabetes, svangerskapsdiabetes og spesielle typer som blant annet Mody-syndromet og legemiddelutløst diabetes. Alle med type 2 diabetes har noe insulinproduksjon, men ikke nok til å holde blodsukkeret normalt. Her er endring av kosthold og mosjon hjørnesteinene i behandlingen, men blodsukkersenkende tabletter og/eller insulin kan bli nødvendig. De fleste er overvektige, har høyt blodtrykk og forstyrrelser i blodfettstoffene, noe som fører til at disse personene er særlig utsatt for å utvikle hjerteinfarkt, hjerneslag og dårlig perifer sirkulasjon (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Pasientene har på grunn av dette økt risiko for både mikrovaskulære og makrovaskulære senkomplikasjoner. I følge Vaaler (2002) kan mange med type 2 diabetes ha hatt sykdommen i flere år før diagnosen stilles, da blodsukkerstigningen vanligvis skjer langsomt, og symptomene er snikende. De første tegnene er gjerne at man føler seg generelt i nedsatt form, er trett og nedstemt. Andre symptomer som tørste og hyppig vannlating er mer sjeldne.

2.4.1 Senkomplikasjoner

Kombinasjonen av arv og livsstil har stor betydning for forekomst, forløp og prognose av diabetes. En stor og viktig grunn til behandling av pasienter med nyoppdaget diabetes 2 er å unngå senkomplikasjoner. Man snakker om to hovedtyper komplikasjoner: mikrovaskulære forandringer med sykdom i øyne, nyrer og nerver og makrovaskulære forandringer med hjerte-

og karsykdom. Lever man med dårlig regulert blodsukker over lang tid, vil dette gi sykdom i små årer rundt om i kroppen (Vaaler, 2002).

Retinopati er små forandringer på netthinnen, som kan lede til nedsatt syn eller blindhet. Utviklingen kan reverseres hvis den oppdages tidlig, og kan i mer alvorlige tilfeller behandles med laser eller kirurgi (Vaaler, 2002).

Nefropati er en diabetisk nyresykdom som gir forandringer i nefronet og filtrasjonsbarrieren. Den oppdages ved økende utskilling av albumin i urinen. Tidlig tegn kan som ved retinopati reverseres ved optimal blodsukkerkontroll. Ubehandlet kan det ende opp med nyresvikt som resultat, og behandling med dialyse og eventuelt nyretransplantasjon kan bli nødvendig (Vaaler, 2002).

Nevropati er forårsaket både av mikrovaskulær skade og visse metabolske forandringer, og er for mange den mest plagsomme senkomplikasjonen til diabetes. Nervefibrene, spesielt i underekstremitetene kan bli ødelagt, og evnen til å kjenne smerte, trykk, berøring, kulde og varme bli borte (Mosand & Stubberud, 2010). Behandlingen er ofte vanskelig, men det er viktig med optimalisert blodsukkerkontroll og spesifikk behandling i forhold til den kliniske tilstand man står overfor (Vaaler, 2002). I forbindelse med nerveskader og dårlig blodsirkulasjon er personer med diabetes utsatt for diabetisk fotskade og fotsår. Her kan det lett oppstå infeksjon da dårlig blodsirkulasjon bidrar til dårlig immunforsvar. Infeksjoner i en slik fot kan spre seg fort, og i verste fall må det foretas amputasjon (Mosand & Stubberud, 2010).

Makrovaskulære forandringer kan føre til betydelig økt risiko for hjerte- og karsykdom. Ved diabetes 2 utgjør dette ca. 75 % av alle dødsfall. Det er viktig med jevnlig kontroll av perifer sirkulasjon, blodtrykk, EKG og kolesterol. Livsstilsendringer som vektreduksjon og røykeslutt er en viktig faktor i behandlingen av dette (Mosand & Stubberud, 2010).

2.4.2 Livsstilsendringer

Milio definerer livsstil som ”atferdsmønstre valgt ut fra de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor et annet” (Kristoffersen, 2005, s. 227). Ved nyoppdaget diabetes 2 er det nødvendig å endre livsstil som et ledd i behandling og forebygging av senkomplikasjoner. En utfordring her er å sikre diabetikerens evne og lyst til å forandre sin livsstil (Knudsen, 2001). I følge Diabetesforbundet er diabetes type 2 forbundet med overvekt og inaktivitet, og de viktigste faktorene for livsstilsendring er omlegging av kosthold, fysisk aktivitet og eventuelt vektreduksjon.

Ca. 75 % av pasienter med type 2 diabetes er overvektig, og en vektreduksjon på 10-15 % kan hos de fleste forbedre både blodtrykk, blodglukoseverdi og lipidmetabolisme. Hos disse pasientene er endring i mat- og mosjonsvanene standard behandling, som kan suppleres med medisin. Regelmessig mosjon i 30-40 min reduserer risikofaktorene for hjerte-kar-sykdom, da mosjon øker opptaket av glukose i skjelettmuskulaturen og leverens insulinfølsomhet (Knudsen, 2001).

2.5 Sykepleie til personer med diabetes type 2

Sykepleie oppfattes som erstatning for egenomsorg i situasjoner hvor pasienten selv ikke er i stand til å foreta dem (Musaeus, 2001). Med egenomsorg menes den enkeltes egen håndtering av fysisk eller psykisk funksjonssvikt eller helsemessige problemer. I en videre betydning omfatter egenomsorg også den enkeltes innsats for å fremme sin egen helse og forebygge sykdom. God egenomsorg til personer med kroniske sykdommer bør skje i samarbeid med kompetent helsepersonell (Nylenna & Braut, 2012). Sykepleieren har en viktig funksjon i å fremme diabetikerens egenomsorg, slik at han kan mestre hverdagen sin. Det er derfor viktig at sykepleieren gjennom veiledning, opplæring og kommunikasjon motiverer den nydiagnostiserte diabetespasienten til at han utvikler ferdigheter som gjør at han selv kan kontrollere blodsukker, vite om komplikasjoner og generelt sette seg inn i sykdommen sin (Musaeus, 2001).

Opplæring og undervisning i forbindelse med en kronisk sykdom er en livslang prosess. Det er gjennom læringsprosessen at diabetikeren lærer seg å ta ansvar og får kjennskap til den rette form for behandling i de mange situasjoner som vil oppstå. Her skal sykepleieren medvirke til å undervise diabetikeren slik at han tilegner seg en helhetsforståelse av sin egen sykdomsbehandling. Veiledningen og opplæring skal være behovs/problemstyrt, målrettet, nysgjerrighetsfremmende og bygge på erfaring, og den bør gå ut på å gjøre diabetikeren kjent med sykdommen, behandling og forebygging av komplikasjoner. Når det gjelder sykepleie i forbindelse med mestring, bør sykepleieren være aktivt tilstede og danne seg en klar forståelse av hvordan den nydiagnostiserte personen opplever situasjonen. Ut ifra dette skal hun hjelpe med å skape mening i situasjonen, der diabetikeren opplever og utvikler ferdigheter til å mestre sin diagnose (Museaus, 2001).

3 METODE

3.1 Definisjon av metode

Metode blir definert som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap. Den hjelper oss til å samle inn data, den er redskapen i vårt møte med noe vi vil undersøke:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Vilhelm Aubert sitert i Dalland, 2007, s.83).

En skiller mellom kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder. Kvantitative metoder er målbare enheter, der en kan finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. Fremstillingen formidler forklaringer over temaet det blir forsket på. Kvalitative metoder fanger opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle, og fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2007).

3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er i følge Forsberg og Wengström (2008) å systematisk søke, kritisk granske og sammenstille litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde.

Et krav for denne bacheloroppgaven er at den skal være en litteraturstudie. Å gjennomføre en systematisk litteraturstudie er et arbeid som går over flere steg:

- begrunne hvorfor studien er gjort (problemformulering)
- formulere spørsmål som går an å besvare
- formulere en plan for litteraturstudien
- bestemme søkeord og søkestrategi
- identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelige artikler eller vitenskapelige rapporter

- kritisk vurdere, kvalitetsbedømme og velge den litteraturen som skal inkluderes
- analysere og diskutere resultat
- sammenstille og trekke konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2008, s. 35).

Et litteraturstudie baseres på aktuell kunnskap fra bøker og forskningsartikler. Fordelen med dette er at en fort finner aktuell informasjon. Blant ulempene er at en får tilgang til begrensede mengder relevant forskning der ulike eksperter innenfor samme område kan fremme helt ulike konklusjoner. Utvalget kan også være begrenset av at studiene kun vurderes av eksperter som støtter egne posisjoner (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Fremgangsmåte/søkeprosessen

For å finne relevante forskningsartikler har jeg søkt på sider som Cinahl, Ovid og SveMed+. Her finnes hovedsakelig vitenskapelige tidsskriftsartikler (Forsberg & Wengström, 2008). Jeg brukte også SveMed+ for å finne engelske søkeord.

For å få best mulig treff på søket mitt, har jeg brukt redskapet PICO (Kunnskapsbasert praksis), med ord som: Type 2 diabetes, mestring (coping), nydiagnostisert (newly diagnosed), sykepleie (nursing), kommunikasjon (communication), veiledning (guidance) og livsstilsendringer (lifestyle changes).

På Cinahl fant jeg to artikler med relevans til oppgaven. Jeg begynte søket med type 2 diabetes, som ga 22 785 treff. Jeg la til newly diagnosed (2 936 treff) og coping (23 383 treff). Disse tre søkeordene tilsammen ga 2 treff, og jeg fant artikkelen “Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes” av B. Thoolen m.fl (2008). Artikkelen er kvalitativ – en randomisert kontrollert studie som belyser at nydiagnostiserte diabetes 2 pasienter er forventet å ta en stor rolle i sin egen mestring av sykdommen. Den ble derfor inkludert i min oppgave. Resultatene i studien kommer klart frem, og vurderes som god i henhold til kriteriene til sjekklisten. I følge Forsberg og Wengström er en randomisert kontrollert studie ansett til å høy

verdi i form av å vurdere effekten av behandling og omsorg. Det fremkommer likevel noen svakheter med tanke på pasientutvalget, og at det her bare blir fokusert på kortsiktige utfall.

Ved å legge til søkeordene *nurs** (521 763 treff) og *lifestyle change* (1 527 treff) sammen med *type 2 diabetes* fikk jeg 32 treff, og valgte artikkelen ”The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses” av P. Jallinoja m.fl. (2007). Dette er en kvantitativ spørreundersøkelse rettet mot legers og sykepleieres oppfatning av pasienters og de profesjonelles rolle i mestring av livsstilsrelaterte sykdommer. Dette er av god relevans til min oppgave, og den ble derfor inkludert. Både hensikt, formål, utvalg og resultater er kritisk vurdert utifra sjekklisten til et prevalensstudie, og er vurdert til å ha god kvalitet. Men for å få frem best mulig resultat av denne type spørsmål trengs det flere detaljerte studier, både av kvalitative og kvantitative metoder.

På SveMed søkte jeg på *diabetes type 2*, som gav 957 treff. Jeg innsnevret søket til engelske artikler (16 treff), og fant to kvalitative artikler som jeg mener er relevant: ”The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist” av L-L. Edwall m.fl (2010) og ”Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study” av L. Ø. Rygg m.fl. (2010). Begge studiene har et klart formål og hensikt. Resultatene vekker tillit, og jeg vurderer artiklene til å ha god kvalitet utifra kriteriene i sjekklisten. Studiene er inkludert fordi begge trekker frem relevante temaer for min oppgave, med å undersøke hva personer med diabetes 2 mener og synes om kontakt med sykepleier, både i form av individuelle møter, og gruppemøter, for å mestre dagliglivet med denne kroniske sykdommen.

Når jeg har søkt etter forskningsartikler har jeg prøvd å velge artikler som har mest relevans, der utvelgelsen først og fremst har gått på å lese overskrift og sammendrag på artiklene. Endel titler og sammendrag virket mer relevant enn de utvalgte artiklene, men det var ikke mulig å få lese dem i fulltekst. Grunnet tidsmessige begrensninger med å bestille dem fra utgiver, kan dette ha resultert i at relevante artikler har blitt forkastet. Jeg fant også artikler som virket interessant, men disse viste seg å være fagartikler, og ble derfor ekskludert. De valgte artiklene omhandler alle møter mellom diabetes-pasient og sykepleier, sett fra begges ståsted. De handler også om mestring i forbindelse med diabetes 2, og ble derfor inkludert i oppgaven.

Fordi tilfanget av ny forskning i dette fagfeltet er så stort, har jeg forsøkt å unngå forskningsartikler som er mer enn 10 år gamle.

Vedlagt ligger søketabeller som viser hvordan jeg fant artiklene (vedlegg 1).

3.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2007) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Hensikten med det er å reflektere over hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Når jeg har søkt etter artikler har jeg brukt helsefagdatabaser via Helsebiblioteket hvor innholdet er kvalitetssikret. Jeg har videre sjekket pålitelighet og validitet i artiklene utifra sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning.

Jeg har brukt pensumbøker og i tillegg søkt på BIBSYS etter relevant teori for oppgaven. Jeg har, der det har vært mulig, brukt primærlitteratur. Det er like fullt en utfordring at både fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur. Her er teksten bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg, så det er derfor viktig å sjekke dokumentasjon av data før en bruker sekundærkilder i egne oppgaver. Jeg føler likevel at kildene er pålitelig i forhold til mitt arbeid, og at dette ikke forringer kvaliteten på oppgaven.

3.5 Etikk i oppgaveskriving

I følge Olsson & Sörensen (2003) er forskningens mål å finne fakta som kan brukes for å løse problemer som fører til nye kunnskaper. Det er viktig å være klar over konflikter som kan oppstå – mellom det å vinne ny kunnskap og allmenne krav om å gjøre det gode og ikke skade. Forskningsetiske aspekter gjelder for alle former for vitenskapelig arbeid, der konfidensialitet, taushetsplikt og anonymitet er nedskrevet i lover og forskrifter, som for eksempel Helsinkideklarasjonen. Fire grunnleggende etiske prinsipper gjelder i alle relasjoner mellom

mennesker: autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, prinsippet om ikke å skade og rettferdighetsprinsippet (Olsson & Sörensen, 2003; Førde, 2010).

I en litteraturstudie stilles spørsmål til allerede dokumentert litteratur. Det er viktig å presentere alle resultater som både støtter og ikke støtter hypotesen/teorien, da det er uetisk å bare presentere artikler som støtter forskerens eget mål. Det er også viktig å velge studier som er godkjent av etisk komité (Forsberg & Wengström, 2008).

Ordet plagiat betyr opprinnelig ”menneskerov”. Det er derfor viktig å oppgi kilder, og henwise til dem, på korrekt måte. Forskningsetikken har omfattende normer mot fusk og uhederlighet (Olsson & Sörensen, 2003).

Artiklene jeg har funnet til min oppgave er godkjent i etisk komité. Jeg vil være så nøyaktig som mulig når det gjelder kildehenvisning og vise til hvor jeg har funnet materialet jeg bruker. Referanseliste blir skrevet etter APA-modellen, som er HSH sin standard for referansebruk.

4 RESULTAT/FUNN

I dette kapitlet vil jeg presentere fire forskningsartikler som belyser temaet for min problemstilling. Artiklene skal brukes videre i drøftingsdelen av oppgaven. Jeg viser ellers til oversiktstabell, der det opplyses kort om hensikt, utvalg og resultat fra hver artikkel (vedlegg 2).

Lisbeth Rygg, Marit By Rise, Borghild Lomundal, Hilde Strøm Solberg, Aslak Steinsbekk

REASONS FOR PARTICIPATION IN GROUP-BASED TYPE 2 DIABETES SELF-MANAGEMENT EDUCATION

Scandinavian Journal of Public Health, 2010; 38: 788-793

I denne artikkelen undersøker Lisbeth Rygg et al. motivene som type 2 diabetes pasienter har for å delta i gruppebasert selvledelsesopplæring (DSME – diabetes self-management education).

Dette forskningsprosjektet viste at det var to hovedårsaker til at pasientene ønsket å delta i gruppebasert DSME: for det første egne erfaringer med praktiske problemer, og dernest følelser av usikkerhet. De praktiske problemene, som ytret seg mest spontant blant pasientene som ble undersøkt, omhandlet for eksempel kontroll over strenge dietter, planlegging og gjennomføring av familiemåltider, problemer med å stabilisere blodsukkeret og diare som bieffekt av medisiner. I tillegg kom praktiske problemer knyttet til livsstilsendringer, ikke minst det å motivere seg for å begynne å trene og miste vekt. Følelsene av usikkerhet knyttet seg til ulike typer bekymringer og forvirringer om sykdommen og mulige komplikasjoner.

Pasientenes praktiske og emosjonelle utfordringer ble opplevd som nært tilknyttet hverandre. Utilstrekkelig informasjon var en felles underliggende årsak. Med utilstrekkelig informasjon mente pasientene her både mangel på informasjon, informasjon som de oppfattet som motstridende og dessuten mangel på kontakt med pasienter i samme situasjon. Flere uttrykket ønsker om og behov for å snakke med andre mennesker med type 2 diabetes, for å utveksle erfaringer og kunnskap. En bedring av disse tre faktorene ville etter pasientenes oppfatning både lette deres praktiske og emosjonelle problemer omkring eget sykdomsbilde.

Bart Thoolen, Denise de Ridder, Jozien Bensing, Kees Gorter, Guy Rutten

BEYOND GOOD INTENTIONS: THE DEVELOPMENT AND EVALUATION OF A PROACTIVE SELF-MANAGEMENT COURSE FOR PATIENTS RECENTLY DIAGNOSED WITH TYPE 2 DIABETES

Health Education Research, Vol. 23, no. 1, 2008: 53-61

Denne artikkelen gir en beskrivelse av utviklingen, gjennomføringen og resultatene av et kort selvledelseskurs for nydiagnostiserte type 2 diabetes-pasienter (diagnose fra 3 til 33 måneder tidligere). Studien ble gjennomført for å undersøke effektiviteten av intervensjonen, kalt "Beyond Good Intentions". Dette er et femtrinnsprogram, der pasientene fikk bistand til å formulere, gjennomføre og evaluere deres egne mål med selvhjelpen. Programmet bestod av følgende fem trinn som pasienten kunne gjennomføre for å realisere optimal selvhjelp på et tidligst mulig tidspunkt i sykdommen: 1) skape optimale forhold gjennom tid, penger og sosiale forhold for å håndtere fremtidige trusler, 2) evnen til å se en nært forestående stressende hendelse, 3) evnen til å vurdere en ny trussel og dens påvirkning på pasienten, 4) tiltak for å minimere stress, og 5) evaluering av hendelsen og tiltakene i trinn 4.

Kurset bestod av seks møter som ble tilrettelagt av en erfaren diabetes-sykepleier. Møtene dekket relevante emner for alle pasientene; som fysisk aktivitet, kosthold, medisiner og oppfølging av sykdommen. Det ble også gitt anledning til å arbeide mot et personlig relevant mål der alle tema med hensyn til egenomsorg var velkommen. Kurset endte med en individuell time der pasientene evaluerte programmet, sin egen fremgang og fremtidsplaner.

Generelt var pasientene svært positive til kurset. Blant annet ville 85 prosent av deltakerne anbefale kurset til andre pasienter. 80 prosent av pasientene vurderte femtrinnsplanen til å være relevant for deres egen selvhjelp, og de ville fortsette å bruke sine nytilegnede, proaktive ferdigheter i framtiden. Forfatterne framhever som nytt ved femtrinnsplanen at den så sterkt betoner viktigheten av å sette seg gradvise, oppnåelige mål for selvhjelpen. Dette fokuset hjalp pasientene til å realisere sine intensjoner og utstyre dem med selvtillit til å håndtere sykdommen. Da kurset var over, satte alle pasientene seg enda flere nye mål for ytterligere å forbedre sin selvhjelp.

Lise-Lotte Edwall, Ella Danielson, Ingbritt Öhrn

THE MEANING OF A CONSULTATION WITH THE DIABETES NURSE SPECIALIST

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2010; 24: 341-348

Denne studien belyser hvilke sett av meninger som framtrer i løpet av en konsultasjon mellom type 2 diabetes pasienter og sykepleier. Forfatternes målsetting var å tilegne seg en dypere forståelse av hvordan pasientene selv erfarer slike konsultasjoner.

Tekstanalysen av datamaterialet avdekket fire konkrete lag av meninger i konsultasjonen mellom pasienter og sykepleier. Disse var i kortfattet form: 1) å bli kontrollert 2) å føle seg blottstilt 3) å føle seg vel 4) å føle seg beredt. Den første kategorien innebar at pasientene i kommunikasjonen med sykepleier fikk innsikt i egen helsesituasjon, hvilket igjen tjente som en guide til å regulere egen selvhjelp. Den andre kategorien, følelsen av å bli blottstilt, innebar blant annet frykt og konsekvenser av sykdommens videre progresjon. Den tredje kategorien impliserte følelsen av tilfredshet og suksessfull håndtering av selvhjelpen. Denne bidro til å forsterke pasientenes selvrespekt. Den fjerde og siste kategorien speilet både økt oppmerksomhet og forståelse omkring sykdommen i interaksjon med sykepleier, økt kapasitet for å ta egne beslutninger, samt motivasjon for å forandre livsstil i riktig retning.

Når det gjelder funnene understreket Edwall et al. at enkelte av de i alt 20 pasientene etterspurte mer detaljerte spørsmål. Dette forholdet kan ha påvirket narrative som var gjenstand for hermeneutisk tekstanalyse i prosjektet.

Piia Jallinoja, Pilvikki Absetz, Risto Kuronen, Aulikki Nissinen, Martti Talja, Antti Uutesa & Kristiina Patja

THE DILEMMA OF PATIENT RESPONSIBILITY FOR LIFESTYLE CHANGE: PERCEPTIONS AMONG PRIMARY CARE PHYSICIANS AND NURSES

Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007; 25: 244-249

I denne artikkelen undersøker forfatterne hvordan et utvalg leger og sykepleiere i Finland oppfatter rollene til pasienter og profesjonelle i behandlingen av livsstilsykdommer generelt, og blant annet type 2 diabetes spesifikt. Studien utgjorde en del av programmet GOAL (Good Ageing in Lahti Region), hvis hovedmål var å forbedre behandlingen av kroniske sykdommer. Et spørreskjema ble distribuert til profesjonelle som deltok i et treningsprogram om type 2 diabetes i Lahti-regionen i Sør-Finland.

Spørreundersøkelsen analyserte holdningen til kliniske retningslinjer, samt praksis og holdninger til livsstils-rådgivning, der de la vekt på viktige barrierer for behandling av type 2 diabetes og pasientenes rolle når det gjaldt livsstilsendringer i forhold til behandling. Andre spørsmål rettet til de profesjonelles rolle gikk på spørsmål der de skulle si seg enig i eller uenig i påstander som ”Min oppgave er å gi informasjon om livsstils-relaterte risikoer”, ”Min oppgave er å motivere og støtte pasienten i hans/hennes livsstilsendring”, ”Min oppgave er å få pasienten til å følge gitte instruksjoner når det gjelder livsstilsendring”, ”Jeg har tilstrekkelige ferdigheter for livsstils rådgivning, ”Vår nåværende arbeidsplan er for hektisk til å la oss få lov til å sette oss inn i pasientenes livssituasjon”.

Det empiriske materialet avdekket følgende hovedpunkter: Majoriteten av de deltagende legene (88 prosent) og sykepleierne (95 prosent) mente at pasientene selv måtte ta ansvar for livsstilsrelaterte avgjørelser i deres liv. Mer enn halvparten av legene og sykepleierne vurderte det slik at informasjonsmangel bare sjelden eller aldri var en barriere for behandling. I tillegg mente deltakerne det var et viktig profesjonelt ansvar å stimulere til motivasjon gjennom informasjon og støtte. Like fullt var det kun i overkant av halvparten som mente de hadde gode nok ferdigheter i en gitt rådgivningssituasjon. Dessuten rapporterte to tredjedeler av legene, og halvparten av sykepleierne, at deres hverdag i arbeidslivet var for hektisk til å sette seg inn i pasientenes livssituasjon.

5 DRØFTING

5.1 Personlig inngang

Som nær pårørende til en person med nylig diagnostisert type 2 diabetes, vil jeg innledningsvis gjengi noen av hennes opplevelser av å få sykdommen. Hun skriver til meg:

”Diagnosen, diabetes 2, fikk jeg for snart to år siden. Den ble oppdaget helt tilfeldig. Jeg hadde gått en stund og følt meg ”småårlig”. Var veldig trøtt, ofte svimmel og mye plaget med hodepine [...] I begynnelsen fornektet jeg det å ha fått diabetes. Ville ikke godta at jeg ikke kunne spise og drikke som før. Dette varte ikke så lenge. Jeg skjønnte fort at det å være forsiktig med hva jeg puttet i munnen, var til det beste for meg. Lett var det ikke, for en som alltid har vært glad i søtsaker. Legen min meldte meg på et to-dagers kurs i regi av Helse Bergen, ved Lærings- og mestringssenteret. Dette var et kurs for pasienter med type 2 diabetes og deres pårørende. Jeg føler meg heldig som fikk være med på dette så tidlig, mange var fortvilet over at de ikke hadde fått vite om dette før. Det var et givende kurs, vi lærte mye, og det var kjekt å snakke med andre i samme situasjon.”

Etter min mening rammer denne personlige refleksjonen inn flere viktige perspektiver for mitt tema. I det følgende skal jeg drøfte oppgavens hovedproblemstilling ut fra to konkrete ståsteder, pasientens og sykepleierens, før jeg vil binde disse sammen til en konklusjon av oppgaven.

5.2 Pasientperspektiver på veiledning, kommunikasjon og mestring

På hvilke måter oppfatter mennesker med nydiagnostisert type 2 diabetes at veiledning og kommunikasjon med sykepleier er viktig for dem? Og hvilke sammenhenger ser pasientene selv mellom veiledning, kommunikasjon og mestring av sin nye livssituasjon?

I Lisbeth Rygg et al. (2010) sin studie ble det undersøkt hvilke motiver nydiagnostiserte type 2 diabetes-pasienter har for å delta i gruppebasert undervisning om selvhjelp. Funnene i studien viser at det var to hovedårsaker til dette: for det første egne erfaringer med praktiske problemer,

og dernest egenopplevde følelser av usikkerhet. Pasientene ga også uttrykk for at det var en nær sammenheng mellom deres praktiske og emosjonelle utfordringer, og at utilstrekkelig informasjon og veiledning var en sentral underliggende årsak i begge tilfellene. Med dette viste pasientene både til konkret informasjonsmangel, men i tillegg også til informasjon som de selv oppfattet som direkte motstridende. Både de praktiske og emosjonelle problemene ville bli lettere å møte og håndtere ved en forbedring av disse faktorene.

Slik jeg ser det viser funnene nære sammenhenger mellom pasientenes uttrykte ønsker om mer, og bedre, veiledning og kommunikasjon fra sykepleier på den ene siden og deres muligheter til å mestre kronisk sykdom på den andre siden. I motsatt tilfelle, når pasientene opplevde at kommunikasjonen kunne være motstridende til hva de hadde fanget opp andre steder, eller at den ble opplevd som mangelfull, så oppsto raskt usikkerhet omkring egen situasjon, sykdomsbildet og den mulige progresjonen av sykdommen. Dette utlegges slik i Edwall et al. (2010):

Feeling exposed complicated one's own situation; alternating between conflicting standpoints of feeling exposed and feeling comfortable, viewing own inadequacy shown by disease progression. A new mandate had to be granted to gain control of the disease, in this situation solved by reliance on DNS' professional collaboration (Edwall et al. 2010, s. 345).

I Benner & Wrubels omsorgsteori er det en nær tilknytning mellom situasjons- og kontekstbegrepet. Når et menneske befinner seg i en ny situasjon, som for eksempel en personlig krise eller sykdom, strekker ikke lenger menneskets kroppslige intelligens, bakgrunnsforståelse og selvforståelse til (Konsmo, 1998). Hun må da stoppe opp og reflektere over denne nye situasjonen. Benner & Wrubel beskriver dette som et sammenbrudd i uhemmet funksjon, mening og forståelse. Det er dette bruddet de kaller "stress". Opplevelsen av stress oppstår som et resultat av "the person's appraisal of his or her adaptive relationship to the context. This relationship is called a transaction" (Benner & Wrubel 1989, s. 59).

Mestring blir det man gjør med bruddet. Mestringen er begrenset blant annet av de meninger og problemstillinger som eksisterer i det som oppleves som stressende av personen. I denne konkrete

sammenhengen kan det virke som om mangelfull eller motstridende veiledning og kommunikasjon fra sykepleiers side blir en kilde til stress hos nydiagnostiserte type 2 diabetes-pasienter. I slike tilfeller vil da situasjonen legge begrensninger på pasientens oppfatning av mulighetene til å håndtere stresset.

Hvilke tiltak mener da pasientene kan hjelpe for å mestre stresset og omstillingene som den nye sykdommen fører med seg? Innenfor rammeverket til denne oppgaven vil jeg særlig vektlegge verdien av interaksjon og dialog i en veiledningssituasjon. Funn fra Edwall et al. viser blant annet: "DNSs communication and information implied interaction between asking and answering questions about health-disease facts allowing opportunity to change or refine the self-management" (Edwall et al., 2010, s. 346). Nettopp dette dialogiske aspektet kan se ut til å utgjøre en viktig del av pasientenes forventninger og forståelser av det å befinne seg i veiledningssituasjonen. For når pasientene opplevde at sykepleier "hadde det for travelt", så avsto de fra å lufte sine problemer og utfordringer. Etter min oppfatning kan dette trolig slå ut i enda mer usikkerhet omkring sykdommen, og slik virke negativt inn på transaksjonen, eller personens vurdering av mulighetene til å tilpasse seg forholdene (Konsmo 1998, s. 80).

Ut fra disse funnene virker det som om pasientene etterspør mer og bedre veiledning og kommunikasjon, og at dette er en viktig faktor for at de kan utvikle selvtillit og mestring til å klare de nye omstillingene som sykdommen fører med seg. Det er likevel ikke slik at veiledning passer like godt for alle pasienter. Her kan flere faktorer, både verbale og non-verbale, virke negativt inn på pasientinvolvering. Jeg vil ikke forfølge dette perspektivet videre her.

I det følgende skal jeg drøfte hvordan sykepleier gjennom veiledning og kommunikasjon bør møte en nydiagnostisert type 2 diabetes-pasient.

5.3 Sykepleierperspektiver på veiledning og kommunikasjon

I Jallinoja et al. (2007) undersøkte forfatterne hvordan leger og sykepleiere i Finland oppfatter rollene til pasienter og leger/sykepleiere i behandlingen av livsstilssykdommer generelt, og blant

annet type 2 diabetes spesifikt. Undersøkelsen innbefattet blant annet praksis og holdninger til livsstilsrådgivning.

Forskningsfunnene viser at en klar majoritet av deltakerne i studien mente at pasientene selv måtte ta ansvar for livsstilsrelaterte avgjørelser og selvhjelp i deres liv. Det het likevel at det var en viktig del av deres profesjonelle ansvar å stimulere til motivasjon gjennom veiledning og kommunikasjon. Samtidig mente over halvparten at "lack of information is only seldom or never a barrier to treatment of chronic conditions" (Jallinoja et al. 2007, s. 246). Kanskje kan dette ha en sammenheng med at bare i overkant av halvparten av deltakerne opplevde at de hadde gode nok kommunikative ferdigheter. I et utdanningsperspektiv er det interessant å registrere at en større andel av nyutdannede sykepleiere enn de med lang yrkeserfaring var fornøyd med egne kommunikative evner. I tillegg rapporterte mange av studiens deltakere at deres arbeidshverdag var for hektisk til å sette seg inn i pasientenes livssituasjon.

Etter min mening illustrerer funnene flere utfordringer og dilemma, spesielt i lys av Benner & Wrubels pasientsentrerte tilnærming til behandling av kronisk sykdom. Antakelig er funnene også illustrative for at det finnes sammenhenger mellom kvaliteten og kvantiteten på veiledningen. Dette må igjen perspektiveres opp mot dokumentert mangel på interesse fra pasientenes side: "The frustration might be even stronger among such professionals who see that information provision is insufficient in enhancing lifestyle change" (Jallinoja et al. 2007, s. 248). Dette kan trolig føre til at veiledning og kommunikasjon blir underprioritert i behandling av type 2 diabetes.

Etter min mening er dette et uheldig forhold, som også kolliderer med funnene av tiltak som pasienter selv etterlyser for å bedre sine praktiske og emosjonelle utfordringer i sin nye livssituasjon. Hensikten med veiledning og kommunikasjon er nettopp å styrke pasientenes mestringskompetanse (Tveiten 2008). En veileder, i dette tilfellet sykepleieren, må derfor vite hva hun gjør, hvorfor hun gjør det hun gjør og hvordan. To sentrale faktorer i denne sammenhengen er 1) maktaspektet og 2) tidsdimensjonen. I det første tilfellet kan pasienter oppleve veiledningssituasjonen som utrygg, spesielt om de føler at de mangler oversikt og kontroll over hva som skjer. Her er det svært viktig at det finnes et avklart forhold mellom veileder og pasient: At en pasient er i stand til å bli veiledet, betyr at han må være bevisst på hva veiledning er, hvordan den foregår, hva hans egen rolle og funksjon innebærer, og likedan at

veilederens ansvar, funksjon og rolle framstår som tydelig. Det er derfor viktig at veilederen legger til rette for at rammen rundt veiledningen oppleves så trygg som mulig. Slik vil pasienten våge å bevege seg inn i det ukjente og åpne opp for å dele tanker, verdier, holdninger, følelser og opplevelser.

Når det gjelder tidsdimensjonen er dette også et vesentlig aspekt i Benner & Wrubels fenomenologiske forståelse av sykdom, omsorg og velvære: "Tidsaspektet betyr å være forankret i nåtiden på en meningsfull måte ved hjelp av tidligere erfaringer og ens forventede fremtid." (Kirkevold, 1992, s. 163). Slik jeg ser det kan denne forståelsesmodellen ha relevans både i et livsløpsperspektiv og innenfor et mer avgrenset tidsrom, for eksempel knyttet til nydiagnostisering av kronisk sykdom.

Tid er naturlig nok påkrevd for at pasienten skal få muligheter til å tilegne seg nødvendige verktøy for å sile ut viktig informasjon, og ikke minst hvor de kan finne den. Dersom tidsfaktoren underprioriteres i veiledningssituasjonen, kan det i verste fall føre til at pasienten ikke klarer å endre livsstil. Ifølge Allgot (2002) er mangel på veiledning og opplæring av pasienter like alvorlig som mangel på medisiner og gode former for behandling.

For mange nydiagnostiserte type 2 diabetes-pasienter er omstillingsprosessen svært vanskelig, ifølge Rygg et al.: "Many type 2 diabetes patients struggle to manage lifestyle changes, and self-management is influenced by how they understand the disease" (Rygg et al. 2010, s. 788). Samme poeng understrekes også i Thoolen et al.: "Diabetes management can be particularly difficult for newly diagnosed patients" (Thoolen et al. 2008, s. 53). I denne konteksten vil jeg heretter legge spesiell vekt på dialogen som kommunikasjonsmiddel. Etter min oppfatning bekrefter funnene det holistiske synspunktet til Benner og Wrubel om at "helsefremmede tiltak må ta utgangspunkt i en persons opplevde situasjon, hva som er viktig for vedkommende og hvilke mestringsmuligheter han eller hun har til rådighet" (Kirkevold, 1992, s. 165). For at jeg selv som sykepleier skal bidra til selvtillit, motivasjon og økt handlingskompetanse til selvhjelp hos pasienten, blir det viktig å danne seg et bilde av hvordan pasienten oppfatter sin egen situasjon. Det er et suksesskriterium for behandling at sykepleieren tar utgangspunkt i dette, blant annet for å finne fram til selvformulerende handlingsmål og for å overkomme "praktiske og følelsesmessige handlingsbarrierer" (Musaeus 2001, s. 51). Dette understrekes også hos Edwall et al.: "Patients are dissatisfied, in particular when no attention is paid to the patient's individual

perspectives. This implies that the DNS must place more focus on the patient's perspective" (Edwall et al. 2010, s. 342).

I det dialogiske forholdet mellom meg selv som sykepleier og pasienten kan jeg bidra til å skape mening i en vanskelig situasjon (Musaeus, 2001), til å forsterke pasientens eksisterende mestringsmuligheter, samt til å arbeide fram nye og supplerende muligheter til mestring for ham. Her tror jeg blant annet det er viktig å stimulere til kontakt med andre mennesker i samme situasjon som pasientens. Dette skyldes blant annet at slike horisontale forhold skaper identifikasjon, hvilket igjen virker til å redusere individuell usikkerhet. Dette bekreftes blant annet i mine funn fra resultatene av selvhjelpskurset for nydiagnostiserte type 2 diabetes-pasienter (Thoolen et al., 2008). Her skal jeg bare vise til at kontakt med andre mennesker i samme situasjon ble uthevet som en viktig faktor i evalueringen av kurset: "For many, it was the first time they spoke with other patients, and many appreciated the course's positive and open atmosphere in which they could share experiences and advice [...]" (Thoolen et al. 2008, s. 59-60). Dette funnet samsvarer også med utsagnet til mitt nære familiemedlem: "Kjekt å snakke med andre i samme situasjon".

6 KONKLUSJON

Formålet med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier på sykehus, gjennom veiledning og kommunikasjon, kan bidra til at personer med nyoppdaget diabetes 2 kan mestre å leve med omstillingene som denne sykdommen fører med seg. For å finne svar på dette har jeg valgt å belyse problemstillingen både fra et pasient- og et sykepleierperspektiv.

På et generelt grunnlag er pasienten selv eksperten på sitt eget liv, mens jeg som sykepleier har nødvendig kunnskap om pasientens sykdom. Men i et tilfelle som nydiagnostisert type 2 diabetes er det likevel helt nødvendig at pasienten får ekstra drahjelp, veiledning og støtte på veien fram mot å bli sin egen beste ekspert, og slik opptre mest mulig selvstendig for å endre livsstil og behandle sin egen sykdom. En viktig oppgave for meg som sykepleier blir da å motivere og oppmuntre pasienten til å sette seg egne hovedmål og mindre delmål for selvhjelpen. Denne prosessen forutsetter tydelighet og gode kommunikative evner fra min side, dessuten også tid til å lytte til pasienten. Dersom kommunikasjonen blir misforstått eller oppfattet som motstridende, eller at pasientene oppfatter sykepleieren til å være ”for travel”, så har det en uheldig innvirkning på pasienten. Usikkerheten som kan oppstå vil slik legge begrensninger på pasientenes egne mestringsmuligheter. Slik jeg ser det er det i et dialogisk forhold mellom sykepleier og pasient, basert på likeverdighet og deling av ressurser, at de beste forutsetningene for behandling, omstilling og livsstilsendring foreligger. Her vil jeg også framheve at det er store forskjeller fra person til person som har diabetes, hvilket igjen taler for at veiledningen blir individuelt tilpasset.

Pasient-sentrering representerer fortsatt et relativt nytt konsept i sykepleie. Funnene i min studie viser at det finnes flere uavklarte dilemma omkring forholdet mellom veiledning, kommunikasjon og mestring for nydiagnostiserte type 2 diabetes-pasienter. På dette grunnlaget vil jeg mene at det trengs flere kvalitative og kvantitative studier som spesifikt analyserer forholdet mellom sykepleier og pasient, og veiledning, kommunikasjon og mestring av type 2 diabetes. Jeg vil likevel konkludere med at en holistisk og pasient-sentrert tilnærming til behandling av diabetes representerer den beste måten å møte sykdommen på i min rolle. For det er ikke selve sykdommen vi skal behandle, men et menneske med en nydiagnostisert kronisk sykdom.

REFERANSELISTE

- Allgot, B. (2002). Diabetes og samfunnet. I: Skafjeld, A. (Red.). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. (s. 20-24). Oslo: Akribe Forlag
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Diabetesforbundet (2011, 31. august). *Type 2 diabetes*. Hentet 13. januar 2012 fra <http://www.diabetes.no/Type+2-diabetes.9UFRnQ4P.ips>
- Edwall, L-L., Danielson, E. & Öhrn, J. (2009). The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010;24: 341-348. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00726.x
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Førde, R. (2010, 22. desember). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra <http://www.etikkom.no/Templates/Pages/FBIBArticle.aspx?id=845&epslanguage=no>
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (Red.) (2007). *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring*. Oslo: Cappelens Forlag
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

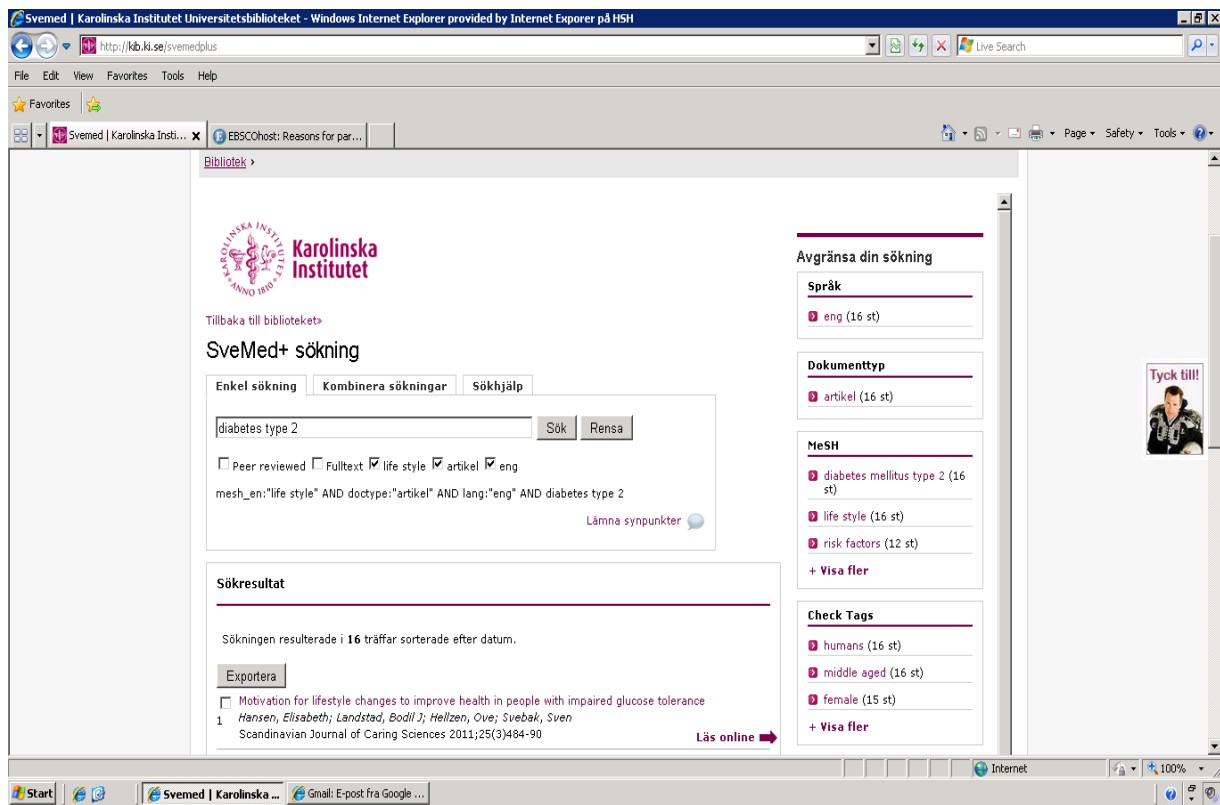
- Jallinoja, P., Absetz P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007;25: 244-249. doi: 10.1080/02813430701691778
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Notam Gyldendal
- Knudsen, T. (2001). Mad, motion og rygestop. I: Borrild, L. K. & Musaeus, L. (Red.). *Sygepleje til mennesker med diabetes* (s. 64-79). København: Munksgaard Danmark
- Konsmo, T. (1998). *En hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Tano Aschehoug
- Kristoffersen, N. J. (2005). Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (s. 28-76). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kunnskapsbasert praksis (2011). *Spørsmålsformulering*. Hentet 4. februar 2012 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Mosand, R. D. & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (s. 507-536). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Musaeus, L. (2001). Sygeplejerskens rolle i diabetesomsorgen. I: Borrild, L. K. & Musaeus, L. (Red.). *Sygepleje til mennesker med diabetes* (s. 40-54). København: Munksgaard Danmark

- Næss, S. & Eriksen, J. (2006). *Diabetes og livskvalitet*. (NOVA Rapport 7/06). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Nylenna, M. & Braut, G. S. (2012, 23. januar). *Egenomsorg*. Hentet fra http://snl.no/.sml_artikkel/egenomsorg
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Rygg, L. Ø., Rise, M. B., Lomundal, B., Solberg, H. S. & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010;38: 788-793. doi: 10.1177/1403494810382475
- Thoolen, B., deRidder, D., Bensing, J., Gorter, K & Rutten, G. (2007). Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes. *Health Education Research*, 23(1), 53-61. doi: 10.1093/her/cyl1160
- Tveiten, S. (2008). *Veiledning – mer enn ord...* Bergen: Fagbokforlaget
- Vaaler, S. (2002). Sykdomslære. I: Skafjeld, A. (Red.). *Diabetes – en grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. (s. 26-41). Oslo: Akribe Forlag

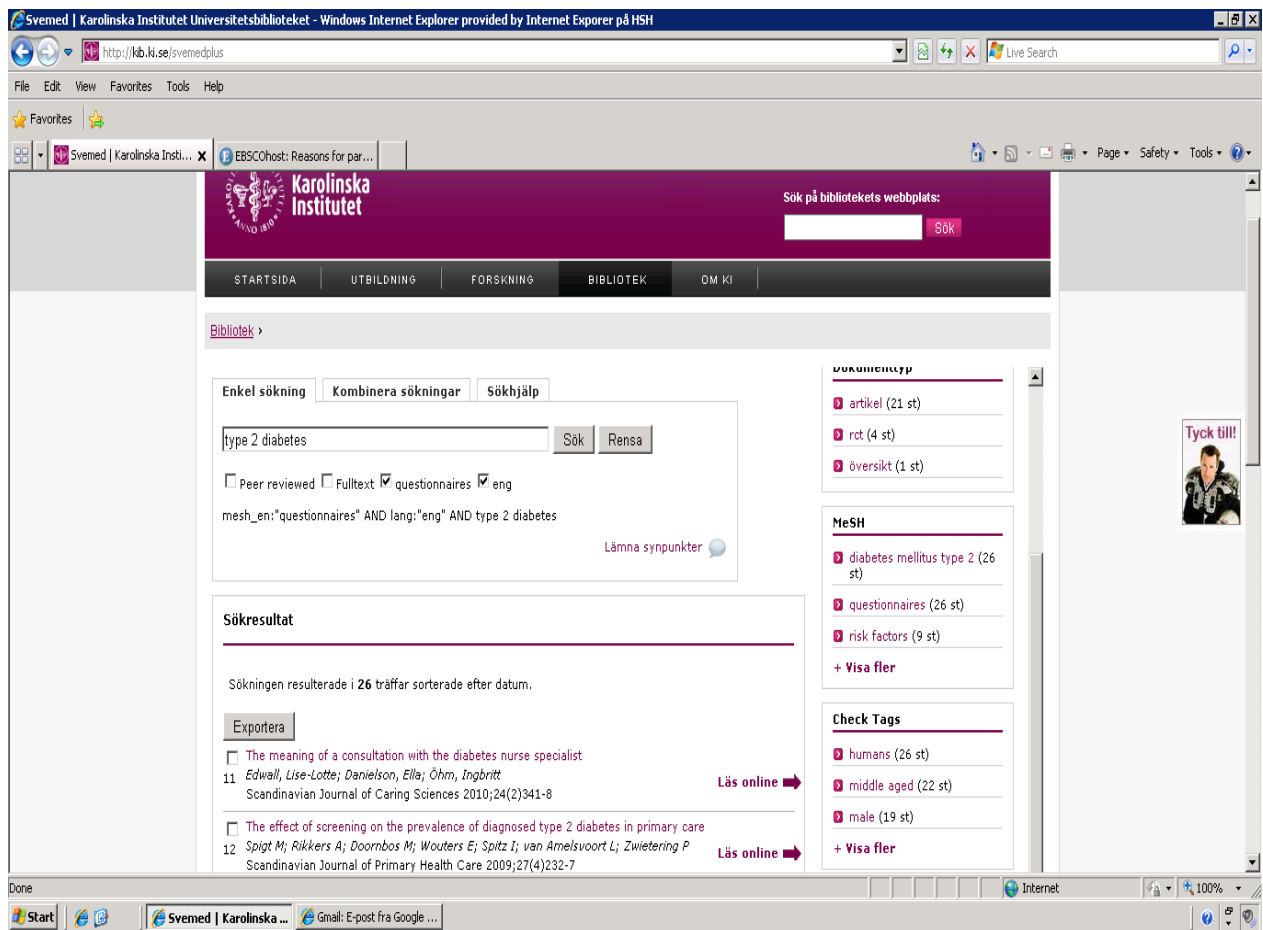
VEDLEGG 1 – SØKETABELL

Søk i CINAHL 6/2-12			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	type 2 diabetes		22 785
S2	newly diagnosed		2 236
S3	nurs*		521 763
S4	coping		23 383
S5	S1 and S2 and S4		2
S6	lifestyle change		1 527
S7	S1 and S3 and S6		32
S8	S1 and S3 and S6	full text, publisert 20000101 - 20121231	13

Fra CINAHL søk nr S5 ble artikkelen ”Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes” av Thoolen, B. m.fl. (2007) valgt, og fra søk nr S8 artikkelen “The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses” av Jallinoja P. m.fl. (2007) valgt.



På dette søket fant jeg artikkelen ”Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study” av Rygg, L. Ø. m.fl. (2010).



På dette søket fant jeg artikkelen ”The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist” av Edwall, L-L. m.fl. (2009).

VEDLEGG 2 – RESULTATTABELL

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study Rygg, L. Ø. et. al (2010)	Hensikten med studien er å undersøke motivene type 2 diabetes pasienter har for å delta i gruppebaserte selvledelses-kurs	En kvalitativ studie der de bruker fokusgrupper og individuelle semi-strukturerte intervjuer. Data-innsamlingen startet med to fokus-gruppe intervjuer (3-4 pasienter i hver), og ble fulgt opp av individuelle intervjuer av flere informanter	Utvalget bestod av tilsammen 22 personer, 13 kvinner og 9 menn. Gjennomsnittsalderen var 58 år (de var fra 35-72 år). Deltakerne var fra 7 forskjellige grupper, og ble forespurt av kursleder, hvorpå de som ville delta i studien ble kontaktet av forskeren	Hovedfunnene i studien er at det er to hovedgrunner til å delta i disse kursene: de opplever praktiske problemer og føler seg usikker – de får lite informasjon rundt sykdommen, og har for lite kontakt med andre i samme situasjon
Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes Thoolen, B. et.al (2007)	Studien beskriver utviklingen, gjennomføring en og resultatene av et selvledelses-kurs for type 2 diabetes pasienter. Dette for å prøve å hjelpe dem til å bli mer selvsikker og til å oppnå optimal selvledelse og mestring	En kvantitativ studie – en prospektiv randomisert klinisk studie, der både pasienter og helsepersonell var klar over randomiseringen og pasientenes tildeling i en kontrollgruppe og en intervensjons gruppe	Det endelige utvalget bestod av totalt 180 personer som fullførte alle spørreskjema, 78 i intervensjonsgruppe n og 102 i kontrollgruppen. I alt ble 468 nydiagnostiserte personer fra 70 forskjellige allmennpraksiser spurt om å delta	Resultatet av studien var i hovedsak veldig bra, 85 % ville anbefale kurset videre. 80% vurderte det til å være relevant for deres egen selvhjelp og mestring. Sammenlignet med kontrollgruppen , ble kursdeltakerne vesentlig bedre i form av mestring, måloppnåelse og selvtillit

The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist Edwall, L-L. et.al (2009)	Studien vil prøve å oppnå en dypere forståelse av type 2 diabetes pasienter's opplevelse av og meningen med en konsultasjon mellom pasient og sykepleier	En kvalitativ studie basert på data generert gjennom narrative (fortellende) intervjuer og analysert ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk metode, der den ikke direkte tolker teksten, men hva teksten uttrykker	20 personer med type 2 diabetes som hadde erfaring fra tidligere konsultasjoner ble spurt. De ble valgt ut fra ventelister, og måtte bl.a ha hatt sykdommen i minst 3 måneder og være minimum 30 år	Fra pasientenes erfaringer var det fire temaer som ble tolket som den essensielle meningen med konsultasjon mellom sykepleier og pasient: 1) å bli kontrollert 2) å føle seg blottstilt 3) å føle seg vel 4) å føle seg beredt
The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses Jallinoja, P. et.al (2007)	Hensikten med studien er å utforske legers og sykepleieres syn på pasientens og de profesjonelles rolle i behandlingen av livsstils-sykdommer og deres risikofaktorer	En kvantitativ spørreundersøkelse, der spørreskjema og to påminnelser ble sendt ut til leger og sykepleiere som behandler diabetes type 2 og andre livsstils-sykdommer i den primære helsetjenesten	Totalt 220 leger og sykepleiere besvarte undersøkelsen – 59 leger og 161 sykepleiere. Utsendelsen av undersøkelsen baserte seg på ansatte-lister i helsetjenesten	Majoriteten av deltakerne mente at pasientene selv måtte ta ansvar for livsstils-relaterte avgjørelser i deres liv, og at deres uvillighet til å endre seg stort sett alltid var barrieren ved behandling. De mente at pasientene må bli tildelt ansvar for egenomsorg, og at det er legers og sykepleieres oppgave å informere, motivere og støtte pasientene i å gjennomføre livsstils-endringer